

Έντυπο Δήλωσης Προγράμματος Λειτουργίας Κέντρου Υγείας

**ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ \_\_\_\_ Ιδαλίου \_\_\_\_\_**

**ΙΟΥΝΙΟΣ 2019**

	Σαβ.	Κυρ.	Δευ	Τρι	Τετ	Πεμ	Παρ	Σαβ	Κυρ	Δευ	Τρι	Τετ	Πεμ	Παρ	Σαβ	Κυρ	Δευ	Τρι	Τετ	Πεμ	Παρ	Σαβ	Κυρ	Δευ	Τρι	Τετ	Πεμ	Παρ	Σαβ	Κυρ	
Ονόματα Ιατρών	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
Κυπρούλλα Μουσικού			A	Π	Π	Π	Π			Π	Π	A	Π	Π			Π	Π	Π	π	A			A	Π	Π	Π	Π			
Αφροδίτη Νικολάου			Π	Π	A	Π	Π			Π	Π	Π	Π	A			A	Π	Π	π	Π			Π	Π	A	Π	Π			
Βάιος Δημοράγκας			Π	Π	Π	Π	A			A	Π	Π	Π	Π			Π	Π	A	π	Π			Π	Π	Π	Π	A			

Πρωινό 07:30 - 15:00	<b>Π</b>
Απόγευμα 12:30 - 20:00	<b>A</b>

Ονόματα Ιατρών	Αντικαταστάτης

Κυπρούλλα Μουσικού  
 Όνομα Υπεύθυνου/ης Κέντρου Υγείας

Ημερομηνία : \_\_\_\_\_